

Affilié n°: _____ Nom de l'employeur: _____

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

| | |
|--|--|
| Nom : | Prénom : |
| N° AVS : 756. | Date de naissance: _____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| État civil: | Date du mariage / partenariat enregistré: |
| Rue, N°: | NPA, localité: |
| E-mail: | |
| Langue du certificat de prévoyance: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais | |

ENTRÉE DE L'ASSURÉ(E)

| | |
|--|--|
| Date de début des rapports de travail: _____ | |
| Salaire annuel déclaré: CHF _____ <i>(si l'assujettissement prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)</i> | Taux d'activité: _____ % <i>(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)</i> |
| Catégorie de personnel: _____ <i>(si votre affiliation en comporte plusieurs, par exemple: collaborateurs, cadres, direction,...)</i> | Précédent employeur: _____ |
| L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date du début des rapports de travail, et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante: | |
| Degré d'incapacité de travail: _____ % | Degré d'invalidité: _____ % Type de mesure AI: _____ |

MODIFICATION DES DONNÉES CONTRACTUELLES DE L'ASSURÉ(E)

| | |
|---|--|
| Plusieurs choix possibles: <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Taux d'activité <input type="checkbox"/> Catégorie de personnel | |
| Date d'effet de la/des modification(s): _____ | |
| Salaire annuel déclaré: CHF _____ <i>(si la modification prend effet en cours d'année, salaire ANNUALISÉ)</i> | Taux d'activité: _____ % <i>(uniquement si l'employeur a demandé la gestion du taux d'activité)</i> |
| Catégorie de personnel: _____ <i>(uniquement si vous annoncez un changement de catégorie)</i> | |
| L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date d'effet de la/des modification(s), et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante: | |
| Degré d'incapacité de travail: _____ % | Degré d'invalidité: _____ % Type de mesure AI: _____ |

MODIFICATION DES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

| | |
|---|-------------------------|
| Plusieurs choix possibles: <input type="checkbox"/> État civil <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Adresse | |
| Nouvel état civil: _____ | Date: _____ |
| Nouveau nom: _____ | Nouvelle adresse: _____ |
| Email: _____ | NPA, localité: _____ |

SORTIE DE L'ASSURÉ(E)

| | |
|---|---|
| Date de la fin des rapports de travail: _____ | Cas de décès: <input type="checkbox"/> Oui, assuré(e) décédé(e) le: _____ |
| L'assuré(e) est-il/elle incapable de travailler pour des raisons de santé: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, dès le: _____ | |

Le soussigné certifie que toutes les indications ci-dessus sont exactes et complètes. Il confirme également avoir autorisé pour signer le présent document et prend connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la Caisse peut, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, réduire, voire refuser des prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date: _____

Timbre et signature(s) valide(s)

Agences

| | | |
|------------|--------------------------------|-----------------|
| Bulle | Rue Condémine 56 | T 026 919 87 40 |
| Fribourg | Rue de l'Hôpital 15 | T 026 350 33 79 |
| Neuchâtel | Av. du 1 ^{er} Mars 18 | T 032 727 37 00 |
| Porrentruy | Ch. de la Perche 2 | T 032 465 15 80 |

Siège de l'administration de la Caisse
Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genève 11
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch